Nr 49. Kraków, 8. grudnia 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmuja w Krakowi Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal

Rok LVI. Kraków, 8. grudnia 1917. Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z c. k. szpitala polowego.
(Komendant: Dr Steinmetz, lekarz pułkowy).

O gorączce wołyńskiej

podał

Dr Tadeusz Tempka,
starszy lekarz.

(Ciąg dalszy).

Opisane powyżej okresowe, napadowe występowanie gorączki wraz z szeregiem objawów, które równolegle do niej to wzmagają się, to słabną, jest typową zasadniczą postacią gorączki wołyńskiej. Już tutaj widzieliśmy jednak pewne drobne zboczenia od klasycznego obrazu, tak n. p. okres bezgorączkowy skracał się do dni trzech lub przedłużał do tygodnia, czasem bywał on wypełniony podgorączkowemi wzniesieniami, niekiedy zaś zamiast gorączki występował równoważnik napadu w postaci bólów. Są to przejścia do tych postaci gorączki wołyńskiej, gdzie typ napadowy coraz bardziej traci na swej wyrazistości, aż wreszcie jest tylko ledwie zaznaczony.

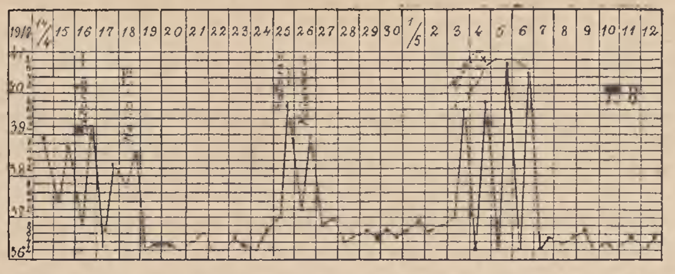
Każdemu lekarzowi, pracującemu w pierwszej linii, lub w szpitalach, leżących bliżej linii bojowej, znany jest cały szereg przypadków, występujących zwłaszcza w miesiącach zimowych i na wiosnę, gdzie chorzy okazują wzniesienia gorączkowe, na pierwszy przynajmniej rzut oka zupełnie nieregularne, skarżą się na rozmaite dolegliwości, jak ogólne osłabienie, bóle głowy, łamanie w członkach, zwłaszcza silne i nader uporczywe darcie w kościach goleni, gdzie jednak badanie kliniczne, oprócz, co najwyżej, powiększenia śledziony, nie wykrywa żadnych zmian. Te postacie chorobowe sprawiają wielkie trudności rozpoznawcze, czego najlepszym dowodem najrozmaitsze nazwy, jakie się spotyka na ich oznaczenie: n. p. grypa, »gorączkowy reumatyzm«, zapalenie okostnej piszczeli. Wyrazem tego zamieszania jest także szereg artykułów, gdzie pod rozmaitemi nazwami i z różnego punktu widzenia jest omawiany właściwie jeden i ten sam obraz chorobowy. Tak n. p. Kraus i Citron[16]) opisują cierpienie, którego najważniejszymi objawami są: wzniesienia gorączkowe (do 38·5° C.), przedewszystkiem jednak nadzwyczaj silne bóle kości goleni, rzadziej uda, lub przedramienia; bóle wzmagają się nader silnie w nocy, kości są przy ucisku bardzo bolesne, a rentgenizacya wykazuje zgrubienia okostnej i rozrzedzenie tkanki kostnej. Kraus i Citron, przyjmując jakieś podłoże zakaźne, określają to cierpienie bardzo ostrożnie, jako »eigenartige Form von Ostitis bei Kriegsteilnehmern«. Także Grätzer[17]) przedstawia jako »eine Erkrankung des Schützengrabens« przypadki, gdzie obok gorączki i obrzęku śledziony na pierwszy plan wybijają się gwałtowne bóle kości goleni, trwające szereg tygodni; także i on przyjmuje za przyczynę jakieś zakażenie. Sittmann[18]), przytaczając tego samego rodzaju obrazy chorobowe, uważa za ich przyczynę przemoczenie i przeziębienie, zaznaczając równocześnie, że nie jestto jakiś jednolity stan chorobowy, lecz zbiór objawów, towarzyszący rozmaitym sprawom zakaźnym, jak dur brzuszny, osutkowy, paratyfus i t. d.

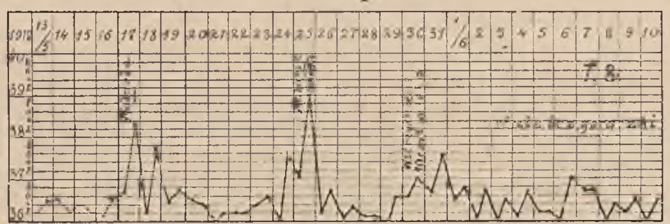
Prawdopodobnie przytoczone powyżej obrazy chorobowe są w pewnej części właśnie temi nietypowemi postaciami gorączki wołyńskiej, o których mam zamiar teraz mówić.

Cały szereg autorów podnosił, że gorączka wołyńska obok swojej postaci klasycznej może występować także w innych, mniej charakterystycznych. Thörner[10]) widział przypadki, gdzie przeważał typ trzeciaczki (tertiana), który potem przechodził w piątaczkę, przyczem obraz krwi odpowiadał w zupełności gorączce wołyńskiej; Sachs[8]) twierdzi, że atypowy przebieg gorączki wołyńskiej jest częstszy, niż typowy; Schwinge[7]) zaś podnosi, że mamy tutaj cały szereg przejść od gorączki jednodniowej do ciągłej, od ciągłej do przerywanej, i wreszcie zupełnie nieregularnych wzniesień gorączkowych, przegradzanych dniami, wolnymi od gorączki.

Za znaczny krok naprzód uważam wystąpienie Jungmanna i Kuczyńskiego[4]), którzy pierwsi (o ile mogę wnosić z dostępnej mi w polu literatury) rozdzielili typowe postacie gorączki wołyńskiej od mniej typowych i wykazali ich przynależność do siebie na podstawie wspólnych obrazów klinicznych, epidemiologii, i, o ile wyniki ich badań zyskają potwierdzenie, wspólnej przyczyny. Autorowie ci rozróżniają 3 postacie gorączki wołyńskiej, podział, według moich spostrzeżeń, szczęśliwie dobrany. Pierwszą postacią jest opisana już powyżej postać napadowa (paroxysmale Form), cechująca się okresowemi wzniesieniami gorączki, które dają charakterystyczną krzywą (krzywe Nr 1, 2, 4, 5, 6, 7); druga postać, durowata (typhoide Form), okazuje już znaczne zboczenia od przebiegu gorączki postaci pierwszej; może ona występować w obu odmianach. Pierwsza odmiana postaci durowatej ma jeszcze pewne podobieństwo do postaci napadowej. Widzimy tutaj albo, jak typowe napady przechodzą zwolna w gorączkę zwalniającą lub przepuszczającą (zob. krzywą Nr 10), albo też, jak ciepłota po kilkudniowej gorączce ciągłej lub zwalniającej spada do poziomu prawidłowego, a po paru dniach powraca jedno lub więcej okresowych wzniesień gorączki, jak w postaci napadowej (krzywa Nr 11). Zamiast poszczególnych napadów mogą występować kilkudniowe słabsze wzniesienia ciepłoty, które są przejściem do drugiej odmiany postaci durowatej, gdzie gorączka, dochodząc rozmaitej wysokości (nawet 39° C. i wyżej), przebiega szereg tygodni w sposób nieregularny, przybierając cechy gorączki septycznej (krzywa Nr 12); czasem można się i tutaj dopatrzeć pewnej okresowości. Trzecia postać, poronna (rudimentäre Form), odznacza się podgorączkowemi wzniesieniami, ciągnącemi się przez całe tygodnie, które bardzo często są przedzielone szeregiem dni bezgorączkowych, tak, że i one

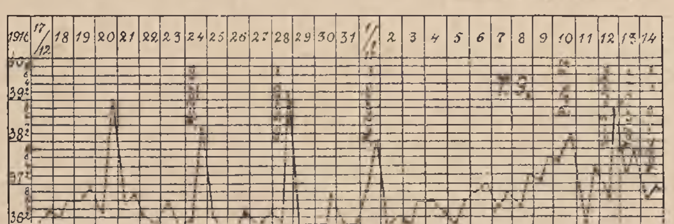
Krzywa Nr 8. Sch. (Spostrzeżenie własne).

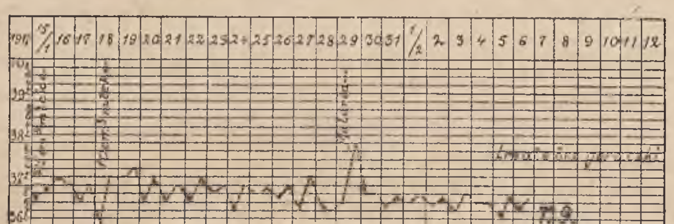




Napadowa forma z początkowym okresem o cechach gorączki septycznej. 3. V. i przez następne dni napady zimnicy (tertiana duplex). 6. V. początek leczenia chininą: ustanie napadów zimnicy, natomiast wystąpienie typowych napadów gorączki wołyńskiej; po wstrzyknięciu mleka (10 cm^3) ciepłota prawidłowa.

Krzywa Nr 9. H. (Spostrzeżenie własne).





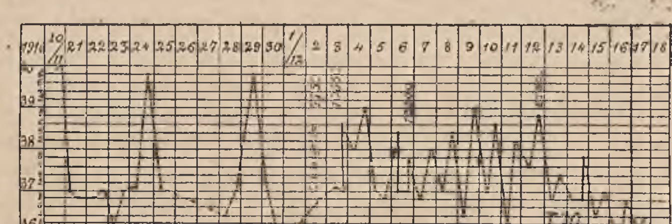
Typowa postać napadowa. W 24 godzin po wstrzyknięciu 5 cm^3 mleka wystąpiły we krwi pasorzyty zimnicze; po dalszych wstrzyknięciach nie można ich było wykazać (chinina!), natomiast napady gorączki wołyńskiej ustąpiły w zupełności.

Obraz krwi 5. I.: neutrof. 60%, limfocyt. 36%, eozynof. 1%, monocyt. 3%.

Obraz krwi 10. I. (napad): neutrof. 83%, limfocyt. 9%, monocyt. 8%, eozynof. 0%.

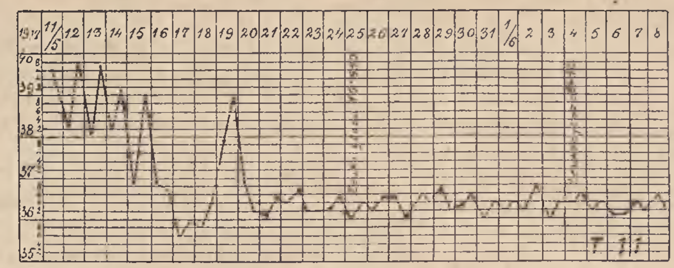
29. I. wzniesienie ciepłoty do 38° C. bez jakichkolwiek innych objawów (pasorzyty zimnicze —): nawrót.

Krzywa Nr 10. (wzięta z pracy Jungmanna i Kuczyńskiego[4]).



Przejście postaci napadowej w septyczną.

Krzywa Nr 11. T. (Spostrzeżenie własne).



Przejście postaci septycznej w napadową.

Obraz krwi 23. V.: neutrof. 48%. limfoc. 23%, monocytów 26%, eozynof. 4%.

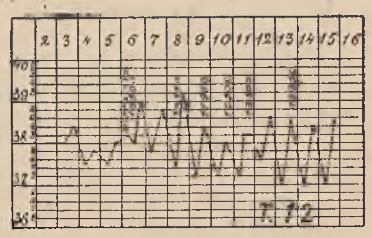
Obraz krwi 4. VI.: neutrof. 49%, limfocyt. 41%, monocyt. 6%, eozynof. 4%.

23. V.: Widal 1:100 +, 1:200 ślad (szczepiony przeciw durowi przed miesiącem); hodowla duru, paratyfusu A i B, ze krwi, stolca i moczu ujemna.

Odczyn Weila ujemny.

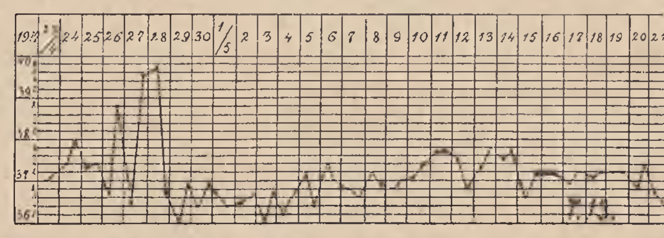
2. VI.: Widal 1:100 +, 1:200 ślad; hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ze krwi, stolca i moczu ujemna; odczyn Weila ujemny.

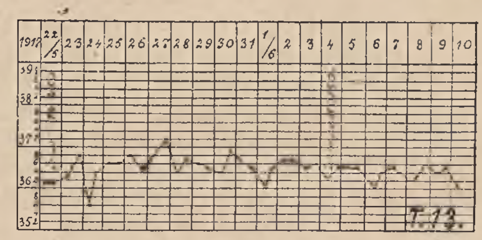
Krzywa Nr 12. (wzięta z pracy Jungmanna i Kuczyńskiego[4]).



Postać septyczna.

Krzywa Nr 13. V. (Spostrzeżenie własne).





Postać poronna z początkowym okresem napadowym.

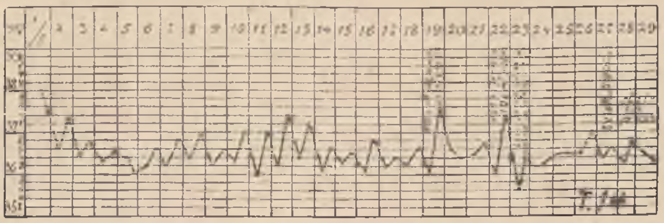
Obraz krwi 22. V.: neutrof. 60%, limfocyt. 19%, monocyt. 15%, eozynof. 6%.

Obraz krwi 4. VI.: neutrof. 39%, limfocyt. 42%, monocyt. 15%, eozynof. 4%.

22. V.: Widal 1:200 +, 1:400 ślad (szczepiony przeciw durowi przed miesiącem); hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ze krwi, stolca i moczu ujemna, Weil —.

2. VI.: Widal 1:100 +, 1:200 ślad, hodowla duru, paratyfusu A i B ujemna.

Krzywa Nr 14. R. (Spostrzeżenie własne).



6. VI. leukocytoza: 10.700.

Obraz krwi 14. V.: neutrof. 47%, limfocyt. 31%, monocyt. 18%, eozynof. 3%, bazof. 1%.

Obraz krwi 27. V.: neutrof. 50%, limfoc. 20%, monocyt. 11%, eozynof. 18%!!, bazof. 1%.

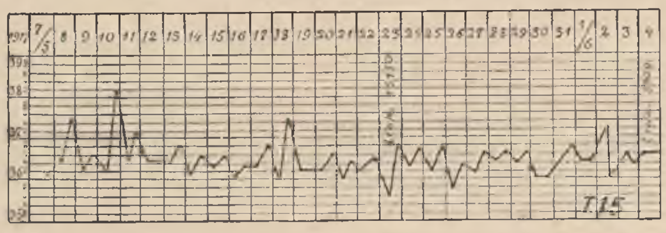
Obraz krwi 6. VI.: neutrof. 68%, limfoc. 24%, monocyt. 7%, eozynof. 1%.

Kilkakrotne badania stolca na jaja czerwiów, których obecność mogłaby wytłómaczyć tak silną eozynofilię, dawały stale wynik ujemny.

26. V.: Widal 1:25 +, 1:50 ślad; hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ze krwi, stolca i moczu ujemna.

6. VI.: Widal 1:50 +, 1:100 ślad (szczepiony przed miesiącem); hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ujemna.

Krzywa Nr 15. K. (Spostrzeżenie własne).



Postać poronna.

Obraz krwi 23. V.: neutrof. 71%, limfocyt. 11%, monocyt. 12%, eozynof. 5%, bazof. 1%.

Obraz krwi 4. VI.: neutr. 48%, limfocyt. 21%, monocyt. 12%, eozynof. 17%!!, bazof. 2%.

Kilkakrotne badanie stolca nie wykazało jaj czerwiów.

23. V.: Widal 1:100 +, 1:200 ślad (szczepiony przed paru tygodniami); hodowla duru, paratyfusu A i B ze krwi, stolca i moczu ujemna; Weil ujemny.

4. VI.: Widal 1:50 +, 1:100 ślad; hodowla tyfusu, paratyfusu A i B ujemna.

okazują niekiedy okresowość (krzywa 13, 14, 15). Śledząc napadową postać gorączki wołyńskiej, mamy nieraz sposobność zauważyć, jak napady coraz bardziej słabną i przechodzą wreszcie w taką postać poronną; należy przypuścić, że większość przypadków o cechach postaci poronnej ma taki napadowy, początkowy okres, trwający jednak bardzo krótko, tak, że chorzy już po jego przebyciu dostają się pod obserwacyę lekarską (krzywa Nr 3, 13).

Za przynależnością do siebie tych trzech, na pozór odmiennych postaci chorobowych, przemawiają następujące względy: 1) Jeden i ten sam przypadek gorączki wołyńskiej może przybierać w swym przebiegu te rozmaite 3 postacie (krzywe 3, 10, 11, 13). 2) Wspólność objawów: charakterystyczne bóle okostno-kostno-mięśniowe, uczucie ogólnego osłabienia, bardzo częste powiększenie śledziony, okresowe wzmaganie się, względnie słabnięcie tych objawów, zależnie od fali ciepłoty, spotykamy zarówno w postaci napadowej, jak durowatej i poronnej. 3) Jednolity obraz krwi: podobnie, jak w postaci napadowej, spotykamy wahania w obrazie krwinek białych także i w tych dwu innych postaciach, jakkolwiek nie w tak wybitnym stopniu. 4) Wspólna epidemiologia i etyologia, wykazana przez Jungmanna [4]), o czem niżej będę mówić.

Okresowy charakter gorączki wołyńskiej, zwłaszcza jej podobieństwo do duru powrotnego, pozwalało przypuszczać, że zarazek tej choroby należy do pierwotniaków, prawdopodobnie krętków. Do dzisiejszego dnia sprawa ta nie jest jeszcze rozstrzygnięta, a spostrzeżenia najrozmaitszych badaczy nie dają jednolitego wyniku. Obecnie możemy odróżniać dwa przeciwne zapatrywania, z których jedno przy-przypuszcza, że drobnoustrojami, wywołującymi tę chorobę, są krętki, drugie zaś, że laseczniki, względnie twory zbliżone do tej formy. Werner widział raz we krwi chorego na gorączkę wołyńską twór, podobny do krętka, jednak ze względu na to zupełnie odosobnione spostrzeżenie, sam wyraża wątpliwość, czy między tym tworem, a omawianą tu chorobą zachodzi jakiś związek przyczynowy. Korbsch [6]) zauważył w kropli wiszącej krwi tańczenie krwinek, wywołane szybkim ruchem tworów nitkowatych, około 10 μ długich; podobne nitki widział także w preparatach krwi barwionych sposobem Giemsy. Jaśniejszem, niż powyższe, jest spostrzeżenie Riemera [21]), który w jednym przypadku typowej gorączki wołyńskiej widział w preparacie krwi barwionym krętka, długości mniej więcej średnicy krwinki czerwonej i przez przeszczepienie krwi tego chorego na ludzką surowicę uzyskał czystą hodowlę tych krętków. Przeszczepienie śródotrzewne krwi chorego na świnki morskie nie dało dodatniego wyniku.

Daleko wyraziściej przedstawiają się wyniki badań drugiej grupy; His i Brasch opisali we krwi chorych na gorączkę wołyńską twory, przedstawiające się jako ziarenkowce lub dwoinki, częścią zaś jako laseczniki. Na uwagę zasługują w tym względzie jednak przedewszystkiem badania Jungmanna [4]) i Töpfera [20]). Jungmann spostrzegał przed i podczas napadu w świeżym preparacie krwi laseczniki długości $1/4$ średnicy krwinki czerwonej, wykonujące szybkie ruchy i mające kształt ciężków gimnastycznych. Twory te można widzieć i w ustalonym preparacie, zwłaszcza »grubej kropli«, ale już nieco trudniej. Po wstrzyknięciu śródotrzewnem świnkom morskim krwi, wziętej podczas napadu, można takie same laseczniki wykazać u nich we krwi obwodowej, po paru dniach także w preparatach, wziętych ze śledziony, wątroby i szpiku kostnego. Przez szczepienie śródotrzewne myszom krwi chorych na gorączkę wołyńską, wywoływał Jungmann u nich schorzenie, kończące się śmiertelnie wśród porażeń i drgawek, a we krwi obwodowej znajdował u nich znowu te same twory, co i we krwi ludzkiej.

(Dokończenie nastąpi).

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

Zmiany anatomo-patologiczne w paratyfusie B.

Podał

Prof. Dr Witold Nowicki,

kierownik pracowni.

(Ciąg dalszy).

IV. W przypadku tym, dotyczącym dwudziestoletniego żołnierza, pochodzącym z tutejszego szpitala garnizonowego, nie robiliśmy sami sekcyi, ani też za życia badania bakteryologicznego, względnie serologicznego. Również nie możemy podać w tym przypadku klinicznego przebiegu choroby; czas trwania jej miał być krótki, a objawy głównie ze strony przewodu pokarmowego.

Do badania otrzymaliśmy całe jelito i śledzionę. Materyał badany był około 10 godzin po śmierci, a w 2 godziny po sekcyi.

Obraz anatomiczny: W całem jelicie, głównie jednak znowu w biodrowem, błona śluzowa jest znacznie rozpulchniona i przekrwiona z punkcikowatemi i plamkowatemi wybroczynami; grudki chłonne samotne są powiększone i szarawe. Podobnie przedstawia się błona śluzowa jelita grubego, zwłaszcza w części wstępującej. W tej też części stwierdza się kilka bardzo niewielkich okrągławych ubytków, ograniczonych tylko do błony śluzowej, które nie wy-

glądają tak, jak wrzody powstałe z rozpadu grudek chłonnych samotnych. Błona śluzowa jelita biodrowego pokryta jest treścią śluzową, nieco krwią zabarwioną, w jelicie grubem znajduje się treść papkowata, również nieco krwawa. Gruczoły krezkowe są średnio wielkości fasoli, różowe i dość miękkie, przypominają nieco na przekroju naciek rdzeniasty. Śledziona powiększona (12 X 7 X 4 cm), wiotka, o torebce marszczącej się; na przekroju miąższ śledziony ciemno-czerwony, nieznacznie kruchy.

Zmiany zatem stwierdzone w jelitach dotyczyły całego jelita, wybitniej jednak dolnej części biodrowego i wstępującej grubego, a przedstawiały się jako ostre zapalenie nieżytowe z wybroczynami i miernego stopnia udziałem tkanki chłonnej. Niewielkie owrzodzenia w jelicie grubem mogą odpowiadać najwięcej owrzodzeniom nieżytowym. Śledziona wielkością swą i kruchością nie odpowiadała śledzionie durowej.

Badanie drobnowidowe treści jelita cienkiego i grubego wykazało nieliczne ciałka ropne, jądra nielicznych rozpadłych nabłonków, liczne ziarenkowce i laseczniki. Bakteryologiczne badanie wykazało w treści jelita i w miąższu śledziony laseczniki paratyfusu B.

V. Przypadek ten dotyczył jeńca rosyjskiego, leczonego w tutejszym szpitalu garnizonowym, u którego za życia przeprowadzone badanie bakteryologiczne stolca wykazało lasecznika paratyfusu B., a badanie krwi co do odczynu Gruber-Widala w kierunku paratyfusu B dało wynik dodatni. Według udzielonej nam wiadomości kliniczne objawy w tym przypadku wahały się między durem brzusznym a czerwonką, a przebieg choroby miał być bardzo ciężki. Ciepłota dochodziła do 39° C. Różyczki nie zauważono. Śmierć nastąpiła w 3. tygodniu choroby. I w tym przypadku nie robiłem sam sekcyi, tylko otrzymałem do badania same jelita. Materyał badany był mniej więcej w 12 godzin po śmierci, a około 3 godziny po sekcyi.

Obraz anatomiczny. Błona śluzowa jelita, głównie biodrowego i całego jelita grubego była rozpulchniona, bardzo silnie przekrwiona i z licznemi ciemnoczerwonemi punkcikowatemi wybroczynami i wylewami krwawymi w jelicie biodrowem i grubem. Na błonie śluzowej jelita grubego, głównie w jego części poprzecznej i zstępującej, znajdują się skąpe brudnożółtawe naloty włóknikowe, dające się łatwo ściągnąć, pod nalotami tymi błona śluzowa nie okazuje żadnych widocznych ubytków. Grudki chłonne samotne, jakoteż kępki Peyera w jelicie biodrowem są nieco powiększone i szaroczerwone i dobrze odcinają się na silnie przekrwionem tle błony śluzowej. Skąpa treść jelita jest półpłynna i krwawa. Gruczoły krezkowe, leżące tuż przy jelitach, są wielkości dużej fasoli, przekrwione i dość miękkie, nie sprawiają jednak na przekroju wrażenia nacieku rdzeniastego durowego. Śledziony nie otrzymaliśmy do badania.

W przypadku tym zatem obraz anatomiczny jelita odpowiadał ostremu zapaleniu nieżytowemu o charakterze krwotocznym z miernego stopnia udziałem tkanki chłonnej, w jelicie zaś grubem zapaleniu włóknikowemu (colitis pseudomembranacea crouposa). Gruczoły krezkowe przedstawiały obraz ostrego zapalenia.

Badanie drobnowidowe treści jelita wykazało dość liczne leukocyty, ciałka czerwone, dość liczne drobnoustroje, przeważnie laseczniki.

Badanie bakteryologiczne nalotów włóknikowych wykazało obecność lasecznika paratyfusu B.

VI. Przypadek ten dotyczył 20 letniego mężczyzny, który zgłosił się do tutejszego szpitala powszechnego miejskiego z objawami ze strony przewodu pokarmowego pod postacią oddawania dziennie około 20 płynnych, nieco śluzowych i krwawych stolców, oraz lekkich bolów brzucha. Z innych objawów brak łaknienia, bóle głowy i ogólne osłabienie. Ciepłota 38°—39° C. Różyczki nie zauważono. Po dwutygodniowym pobycie w szpitalu, a w trzecim tygodniu choroby, na własne żądanie opuścił szpital w stanie nieco lepszym. Mniej więcej w tydzień później przywieziono go znowu do szpitala w stanie nieprzytomnym. Sinica. Tętno 164. Ciepłota 39° C. Brzuch wzdęty. Śledziona niemacalna. Częste oddawanie płynnego stolca. Różyczki niema. Po jednodniowym pobycie w szpitalu nastąpiła śmierć w 5. tygodniu choroby. Bakteryologicznego ani serologicznego badania za życia nie wykonano. Sekcyę wykonałem mniej więcej w 8 godzin po śmierci.

Obraz anatomiczny: U osobnika nader licho odżywionego narządy miąższowe, szczególnie nerki i mięsień sercowy, okazują zwyrodnienie miąższowe. Płuca silnie przekrwione i obrzękłe. Na opłucnej nieliczne wybroczyny. Żołądek o błonie śluzowej gładkiej, szarawej, w dnie przekrwionej. Błona śluzowa całego jelita cienkiego i grubego przekrwiona i głównie w dolnej części jelita biodrowego i w jelicie grubem rozpulchniona i z nielicznemi punkcikowatemi i plamkowatemi wybroczynami. Grudki chłonne samotne i kępki Peyera, szczególnie w pobliżu zastawki Bauhina, są szarawo zabarwione i nieco tylko powiększone, bez nacieku rdzeniastego durowego. Około 30 cm. od zastawki Bauhina naprzeciw przyczepu krezki znajduje się wrzód mniej-więcej okrągły, nieco mniejszy od halerza, o brzegach płaskich, niepodminowanych, o dnie gładkiem, czystem, utworzonem przez warstwę mięsną jelita. W jelicie cienkiem skąpa półpłynna żółtawa treść; podobna, tylko więcej papkowata, znajduje się w jelicie grubem. Gruczoły krezkowe wielkości małej fasolki, bladoróżowe, bez nacieku rdzeniastego. Śledziona nieco powiększona (14 X 8 X 6 cm.), na przekroju ciemnoczerwona, gładka, miąższ jej nie jest kruchy.

W przypadku tym zmiany w jelicie cienkiem i grubem odpowiadały zapaleniu o niezbyt ostrym charakterze z nieznacznym udziałem tkanki chłonnej. Jedyny wrzód w dolnej części jelita biodrowego przedstawiał się jak durowy wrzód oczyszczony już w okresie rozpoczynającego się gojenia. Śledziona przedstawiała co najwyżej obraz podostrego obrzęku, — wcale zaś nie wyglądała na obrzęk durowy.

Badanie drobnowidowe treści jelita wykazało obok bezpostaciowych mas nieliczne leukocyty oraz liczne laseczniki.

Badanie bakteryologiczne treści jelita wykazało kolonie paratyfusu B, z żółci i ze śledziony otrzymano czystą hodowlę tegoż lasecznika. Badanie krwi, wziętej ze serca, dało wynik ujemny.

Jeżeli uwzględnimy wszystkie wyżej opisane przypadki, to widzimy, że świeże zmiany zawsze znajdowały się w jelicie cienkiem, najwybitniej w biodrowem, i w grubem, przyczem okrężnica była więcej zmieniona, już to w ramieniu wstępującem, już to w dalszych odcinkach. Świeże zapalenie żołądka stwierdziliśmy w dwóch przypadkach (2 i 3) na cztery badane. Wybitne zmiany zapalne w dwunastnicy stwierdziliśmy w trzecim przypadku ze zmianami świeżemi zapalnemi także w żołądku. Z piśmiennictwa dawniejszego widzimy, że naogół spostrzegano w paratyfusie B często zapalenie jelita cienkiego i grubego; to zajęcie całego przewodu pokarmowego w paratyfusie w ostatnich czasach podkreśla Herxheimer, podnosząc, że jest ono znacznie rozleglejsze i wybitniejsze, niż w durze brzusznym. Należy jednak podnieść, że w naszych przypadkach zmiany, spostrzegane w dolnej części jelita biodrowego, prawie stale były wybitniejsze, niż w innych odcinkach jelita cienkiego i pod tym względem zgadzają się one ze spostrzeżeniami z ostatnich czasów Stephana i Korczyńskiego. Znaczniejsze zmiany paratyfusowe w dwunastnicy są niewątpliwie rzeczą rzadką, przynajmniej w dawniejszych opisach o dwunastnicy nie wspominają, z ostatnich widział je Herxheimer w dwóch przypadkach, i to głównie w części bliższej żołądka, Stephan zaś tylko w trzecim przypadku. Myśmy widzieli wybitne jednostajne zmiany w całej dwunastnicy jedynie w przypadku trzecim.

Ogólny charakter zmian anatomicznych we wszystkich naszych przypadkach odpowiadał ostremu zapaleniu nieżytowemu, i to przeważnie o mniej lub więcej krwotocznym charakterze (2, 3, 4 i 5); jedynie w przypadku piątym stwierdziliśmy świeże niewielkie naloty włóknikowe, nie usadowione specyalnie na szczycie fałdów błony śluzowej wzgl. w zagięciach jelita grubego. W przypadku tym można było przypuszczać świeżą czerwonkę, tem więcej, że i kliniczne objawy za czerwonką mogły przemawiać. Stosunkowo jeszcze najmniejsze zmiany zapalne ostre były w przypadku pierwszym i szóstym. W pierwszym znajdowało się bardzo rozległe, ciemno szaro łupkowe zabarwienie niemal całego przewodu pokarmowego, świadczące o powtarzających się zaostrzeniach zapalenia; prawdopodobnie te stare zmiany były powodem, że świeże zakażenie paratyfusem nie dało wybitniejszych zmian, mimo ciężkiego klinicznego przebiegu choroby. W przypadku szóstym znowu śmierć nastąpiła w późnym okresie choroby (piąty tydzień), o czem świadczy także zachowanie się stwierdzonego wrzodu, a więc w czasie, kiedy ustępowały już ostre zmiany w jelitach. Spostrzegane przez nas silne przekrwienie i rozpulchnienie błony śluzowej jest dość charakterystycznym objawem w paratyfusie.

Z dalszych szczegółów należy podnieść nieznaczny udział w zmianach tkanki chłonnej jelitowej. Grudki chłonne samotne nie przedstawiały obrazu nacieku rdzeniastego durowego, co najwyżej można było myśleć o takim początkowym nacieku w dwóch przypadkach, co znowu nie odpowiadałoby okresowi choroby. Powiększenie grudek chłonnych samotnych najczęściej i najwyraźniej znajdowało się w dolnym odcinku jelita biodrowego, mniej w grubem. Pod względem udziału tkanki chłonnej w zmianach jelitowych w paratyfusie spostrzeżenia nasze zgadzają się ze znaczną większością autorów, a zdanie to dotyczy tak zapalenia jelit paratyfusowego, jak i paratyfusu brzusznego. Powiększenie grudek chłonnych w naszych przypadkach należy uważać tylko za zmianę zwykłą, towarzyszącą ostremu zapaleniu jelit.

Wrzody w jelicie cienkiem stwierdziliśmy tylko jeden raz (przyp. 6). Wrzód ten, jak już zaznaczyliśmy, podobny był bardzo do oczyszczonego gojącego się wrzodu durowego tak dalece, że wobec braku poprzedniego badania bakteryologicznego nasuwało się przypuszczenie duru brzusznego. Obecność jedynego wrzodu nie wykluczała tego przypuszczenia wobec podobnych obrazów, spostrzeganych w obecnej wojnie u ochronnie szczepionych przeciw durowi brzusznemu. Zaznaczyć należy, że ani grudki chłonne samotne, ani kępki Peyera, ani też śledziona, nie odpowiadały durowi brzusznemu, nawet w 5. tygodniu choroby. Mimo to wszystko być może, że wspomniany wrzód powstał z rozpadu zmienionej kępki Peyera; zarówno usadowienie, jak i kształt i cechy jego przemawiały za tem.

W jelicie grubem nieliczne małe owrzodzenia, stwierdzone w dwóch przypadkach, odpowiadały niewątpliwie nadżerkom na tle wybroczyn (przyp. 2) i wrzodom powierzchownym, spotykanym w nieżytach (przyp. 4). Tego rodzaju powierzchowne owrzodzenia o charakterze nadżerek spostrzegali w zapaleniu jelit paratyfusowem B (gastroenteritis acuta) Matthes, Wollenweber i Dorsch, a trzeba je niewątpliwie uważać za objaw ciężkich postaci zapalenia jelit, cechujących się silnem przekrwieniem i rozpulchnieniem błony śluzowej. Niejednokrotnie też spostrzegano podbiegnięcie krwią brzegów owrzodzeń w paratyfusie. Rozległe powierzchowne zlewające się owrzodzenia, a nadto rozległe ubytki nabłonka, spostrzegał Stephan w dwóch przypadkach, z czego w jednym owrzodzenia zajmowały całe jelito grube, od zastawki Bauhina aż do zewnętrznego zwieracza odbytnicy. Niejednokrotnie niektóre wrzody jelita grubego drążyły w głąb, zajmując błonę podśluzową, a nawet dochodziły do otrzewnej, jak w drugim przypadku Stephana i Herforda. Oczywiście tego rodzaju rozległe owrzodzenia mogą naśladować zmiany, spotykane w czerwonce.

Gruczoły krezkowe w pięciu przypadkach były powiększone, na przekroju jednostajnie blade lub częściej różowe, naogół jednak ani wielkością (z wyjątkiem jednego przypadku), ani spoistością i charakterem nie odpowiadały gruczołom durowym. Wyjątek do pewnego stopnia stanowił przypadek drugi. Również śledziona stale była powiększona, nie dochodziła jednak rozmiarów śledziony durowej, z wyjątkiem może przypadku drugiego. Na przekroju w trzech przypadkach widoczne były grudki chłonne; nigdy nie spostrzegaliśmy kruchości, tak charakterystycznej dla śledzion durowych.

Ze zmian w innych narządach stwierdzaliśmy stale zwyrodnienie miąższowe, najwybitniejsze w nerkach. Z powikłań mieliśmy w przypadku drugim zrazikowe, w przypadku pierwszym zrazowe (pneumokokkowe) zapalenie płuc. Jako dalsze powikłanie należy uważać w dwóch przypadkach wybroczyny na skórze, na błonach śluzowych i surowiczych, najrozleglejsze w pęcherzu moczowym, — zmiany, dające obraz skazy krwotocznej. Tego rodzaju przypadki paratyfusu B z dążnością do krwotoków n. p. w skórze spostrzegał w obecnej wojnie Walko[27], podnosząc przy tem w niektórych przypadkach podobny przebieg tej choroby, jak w durze plamistym. To do duru plamistego podobne schorzenie było nawet powodem zapatrywania, że dur plamisty jest tylko pewną odmianą duru brzusznego, względnie paratyfusu. Również Herrnheiser na 64 bakteryologicznie stwierdzonych przypadków paratyfusu B spostrzegał dwa ze skazą krwotoczną. W jednym z nich z zejściem śmiertelnem stwierdził obok zmian w jelicie biodrowem, podobnych do duru brzusznego w okresie gojenia się, prócz wybroczyn na skórze tułowia, kończyn i na czole, wybroczyny na opłucnej i w nerkach, w drugim wybroczyny usadowione były również na tułowiu, kończynach i na czole. Oba przypadki cechowały się ciężkim przebiegiem. Również Zimmer spostrzegał przypadki paratyfusu B z krwotokami różnej wielkości na skórze i w narządach wewnętrznych. W naszych przypadkach, szczególnie w drugim, stosunkowo nieliczne wybroczynki punkcikowate rozmieszczone były głównie na tułowiu, rozleglejsze znajdowały się na błonach śluzowych i surowiczych. Rozległe wylewy krwawe w miedniczkach nerkowych i pęcherzu moczowym pozostawały najprawdopodobniej w związku z działaniem wydzielanego jadu. Do tego też należy odnieść krwotoczne zapalenie nerek w drugim przypadku. Klinicznie tego rodzaju zapalenie nerek ma być, według Zimmera, w paratyfusie zmianą nierzadką, a ma ono, według niego, dość szybko ustępować. Oczywiście owe zmiany krwotoczne w paratyfusie wskazują na uszkodzenie w tej chorobie układu naczyniowego, czego wyrazem, między innemi, jest także powstawanie zakrzepów w przebiegu tej choroby, podobnie jak w durze brzusznym.

Co do badania bakteryologicznego, to we wszystkich sześciu przypadkach wykazaliśmy w treści jelit lasecznika paratyfusu B, a ilość jego wykazana na płytkach była różna. Również ze wszystkich badanych śledzion wyhodowaliśmy te laseczniki w czystej hodowli, podobnie i z żółci we wszystkich trzech badanych przypadkach, co oczywiście ze względu na roznosicieli zarazka w paratyfusie, podobnie jak w durze brzusznym, ma znaczenie. Z krwi wyhodowano laseczniki paratyfusu B w przypadku drugim (trzeci tydzień choroby), natomiast nie otrzymano ich w przypadku szóstym (piąty tydzień choroby). Z wyników badania bakteryologicznego naszego materyału widzimy, że badanie żółci i śledziony w przypadkach sekcyjnych, gdzie można przypuszczać istnienie paratyfusu, jest nader pomocne dla rozpoznania, i to zarówno we wczesnych, jak i późniejszych okresach choroby, szczególnie wówczas, gdy badanie treści jelita da wynik ujemny, co przy dotąd jeszcze niedostatecznej technice badania stolców jest zwykłą rzeczą. Uwzględniając zmiany anatomiczne, spostrzegane w paratyfusie, wskazanem jest w każdym sekcyjnym przypadku rozległego ostrego zapalenia całego jelita systematyczne badanie bakteryologiczne śledziony i żółci. Tego rodzaju systematyczne badanie powiększy niewątpliwie ilość sekcyjnych przypadków paratyfusu, a temsamem pozwoli nam dokładniej poznać anatomię tej choroby.

Kliniczny przebieg opisanych przypadków, z wyjątkiem może ostatniego, był niewątpliwie ciężki i naogół krótki. W trzech z nich na pierwszy plan wysunęły się objawy ostrego zapalenia kiszek, podobnego do czerwonki, połączonego z podniesioną ciepłotą, w jednym z nich (przyp. 2) przebieg choroby odpowiadał więcej brzusznej postaci paratyfusu (p. abdominalis) z końcowymi objawami ciężkiego zatrucia; również przypadek szósty należałoby zaliczyć do tejsamej postaci paratyfusu.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 26. X. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 25.

1. Wybór komisyi, która ma zająć się odpowiedzią na pismo Namiestnictwa, dotyczące zmian w nowem wydaniu farmakopei austryackiej.

2. Kol. Hornowski wygłasza odczyt p. t.: **Obraz histologiczny przysadki mózgowej a obrazy kliniczne.**

Prelegent omawia rodzaje komórek, wchodzące w skład przedniej części przysadki mózgowej, zastanawia się nad genezą każdego rodzaju tych komórek i dochodzi do wniosku, że pochodzenie ich jest wspólne, a każdorazowe obrazy mikroskopowe, w których przeważają te lub inne komórki, są wyrazem okresu wydzielania jednej i tejsamej komórki. Do wniosków takich doprowadziły prelegenta badania nad komórkami amfochłonnemi przysadki mózgowej, które prelegent uważa za formy przejściowe pomiędzy komórkami bazochłonnemi a eozynochłonnemi. Wniosek ten ilustruje prelegent całym szeregiem przykładów. — Wobec tego uważał prelegent za rzecz ważną wynalezienie metody, którąby umożliwiała dokładne określenie ilościowe każdego godzaju komórek w każdym poszczególnym przypadku. Prelegent omawia próby swoje, robione w tym celu z okularem Ehrlich-Leitza, z obliczaniem za pomocą mikrometru, według formuły πr^2, poczem przedstawia ostatecznie wypracowaną metodę. Metoda ta polega na rysowaniu szeregu obrazów zapomocą okularu rysunkowego Leitza z dużej ilości skrawków, następnie zaś po wycięciu z rysunków grup komórek jednakowo barwiących się, na odważeniu każdej grupy oddzielnie i w ten sposób na ustaleniu stosunków pomiędzy poszczególnemi grupami. Opracowany według tej metody stosunek ilościowy komórek przysadki mózgowej przy warunkach mniej więcej zbliżonych do stanu prawidłowego, wykazuje, iż największa część przedniej części przysadki mózgowej zajęta jest przez tkankę właściwą nie samej tylko przysadce, t. j. przez naczynia i podścielisko. Na drugiem miejscu stoją komórki eozynochłonne, na trzeciem główne, na czwartem bazochłonne, a wreszcie amfochłonne. Wynik ten przeczy dzisiejszym poglądom, według których komórki bazochłonne są liczniejsze od głównych.

Omawiając w dalszym ciągu badania swoje nad komórkami bazochłonnemi według podanej metody, doszedł prelegent do wniosku, że ilość ich znacznie się zwiększa, tak że bywa ich nieraz nawet więcej, niż komórek eozynochłonnych, przy stanach podniecenia, związanych z bezsennością. W krótkiem zestawieniu omawia prelegent na zakończenie znane dzisiaj dane o związku pomiędzy obrazami histologicznymi przysadki mózgowej, a objawami klinicznymi. Prelegent spodziewa się, że dokładniejsze badania według podanej metody wyświetlą cały szereg niejasności i pozwolą odczytywać z obrazów mikroskopowych przysadki historyę życia danego osobnika.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 5. XII. posiedzenie, na którem doc. Dr Zubrzycki miał wykład o odczynach serologicznych przy raku, a Dr Kostrzewski o odczynie Wassermanna w moczu. W dyskusyach przemawiali kol. doc. Seńkowski, prof. Gliński, Oszacki, Szymanowski i prelegenci.

— Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę Dr Jana Nowaczyńskiego z zakresu medycyny wewnętrznej.

Warszawa. Sekcya higieny szkolnej m. Warszawy zarządziła zbadanie 4096 uczniów, nowoprzyjętych do szkół miejskich. Próchnienie zębów znaleziono u 72%, powiększone gruczoły u 55%. gruźlicę otwartą u 1%, podejrzanych co do gruźlicy 5%, zawszawionych 32%; na kolonie nadawało się 30%, do uzdrowisk 8·5%.

Z różnych stron. W parlamencie austryackim wygłosił poseł Dr Emil Bobrowski d. 16. XI. w rozprawach nad zwalczaniem gruźlicy i chorób wenerycznych obszerną mowę, w której, opierając się na licznych danych statystycznych, napiętnował ostro zaniedbanie spraw sanitarnych Galicyi przez rząd centralny. Wytknąwszy zabieranie przez wojsko z Galicyi wszystkich syfilidologów, bez których przecież o skutecznem zwalczaniu chorób wenerycznych nie może być mowy, zajął się Dr Bobrowski głównie sprawą gruźlicy i ostrych chorób zakaźnych. Oprócz oburzającego faktu, że z 16 milionów koron, wydanych w r. b. na walkę z gruźlicą w Austryi, przyznano Galicyi tylko 130.000 koron (!), i to dla arcyksiążęcego sanatoryum w Rajczy, podał Dr Bobrowski cały szereg dowodów, że tak co do gruźlicy, jak i co do ostrych epidemii, można stanowisko władz centralnych wobec Galicyi tłómaczyć tylko albo niedołęstwem, albo złą wolą. Odbudowa domów nie stoi w żadnym stosunku do ogromu zniszczeń, środków żywności brak, a mimo to wywozi się je z kraju na wielką skalę. Tak wobec Galicyi spełnia rząd centralny zasady walki z gruźlicą, wskazane mu przez Najwyższą Radę zdrowia 3. VII. 1916, a streszczające się w poprawie mieszkania i pożywienia. Taksamo niemal dzieje się w sprawie walki z epidemiami; jako jaskrawy tego przykład przytoczył Dr Bobrowski, że oparta na nowej ustawie przeciwepidemicznej prośba gminy m. Krakowa o odszkodowanie została przez Namiestnictwo poprostu odrzucona, a odwołanie się gminy od tego leży w Ministerstwie od marca do dziś niezałatwione. Innym przykładem jest fakt, że zbudowane kosztem 2 milionów koron miejskie zakłady sanitarne w Krakowie i sanatoryum dla żołnierzy dotkniętych gruźlicą nie mogą być dotąd otwarte, bo nie uzyskały od rządu węgla! Mowę swoją zakończył Dr Bobrowski żądaniem niezwłocznego utworzenia ministerstwa zdrowia (co już nastąpiło), oraz niezwłocznej »odbudowy sanitarnej« krajów, które ucierpiały wskutek wojny.

Zmarli: Dr Ludwik Walicki, uczestnik ruchu 1863 r., zesłaniec, potem lekarz w Jarosławlu, zmarł w Nałęczowie; Dr Władysław Świątecki, laryngolog, ordynator szpitala, autor kilkunastu rozpraw naukowych, w 60 r. ż. w Warszawie z duru plamistego.

Redakcya otrzymała: Dębiński: Walka z gruźlicą jako chorobą ludową. (Kursy przygotowawcze dla lekarzy powiatowych Królestwa polskiego). Warszawa 1917, str. 79.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Październik. (Cena 2·— Mk.). Listopad. (Cena 1·25 Mk.).

Treścią zeszytu październikowego, zazwyczaj poświęconego chorobom zakaźnym i nauce o odporności, jest tym razem, po części wbrew programowi, sprawa zatruć pokarmowych na tle bakteryjnem (prof. Süpfle) obok przeglądu prac, dotyczących higieny rasy (Dr Lenz). W zeszycie listopadowym podaje Dr Kraupa przegląd okulistyczny (za r. 1916), a prof. Kuttner przegląd laryngologiczny i otyatryczny.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie kliniczne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. grudnia** o godz. 6 wieczór w sali wykładowej **kliniki chorób wewnętrznych**. Na porządku dziennym: 1) Wybory Zarządu na rok 1918. 2) Prof. Dr Latkowski: Przedstawienie chorych. 3) Doc. Dr Mayer: Demonstracye z zakresu radyologii. 4) Dr Raczyński: Nowy sposób barwienia krwi (z demonstracyą). 5) Doc. Dr Nowaczyński: Nowoczesne sposoby badania i poglądy na zapalenie nerek.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.